

Återrapportering - Driftnämnden Hallands sjukhus interna kontrollplan 2020

Enligt fastställt reglemente för intern kontroll ska respektive nämnd/styrelse varje år anta en särskild plan för uppföljning av den interna kontrollen. En viktig del i Driftnämnden Hallands sjukhus interna kontroll är förvaltningens certifierade ledningssystem för kvalitet, informationssäkerhet, arbetsmiljö och miljö i enlighet med ISO-standarder. De certifierade ledningssystemen följs årligen upp via särskilda externrevisioner och Hallands sjukhus fick certifieringarna godkända även vid 2020 års revisioner. Driftnämnden Hallands sjukhus har efter genomförd riskanalys fastställt en intern kontrollplan för 2020. Den interna kontrollplanen för 2020 omfattar fem kontrollmoment där det nu är aktuellt med den sista uppföljningen. På de följande sidorna i denna skrivelse finns redovisningar av de genomförda kontrollerna. Den fastställda interna kontrollplanen för 2020 finns på sista sidan.

Sammanfattning

Den interna kontrollplanen för 2020 omfattar fem kontrollmoment där genomförda kontroller visar att:

- verksamheten i huvudsak arbetar enligt rutin för uppföljning av vårdprocesser/ medicinska processindikatorer som syftar till att förbättra ledtiderna i de standardiserade vårdförloppen för patienter med misstänkt cancer.
- det finns brister i skalskyddet som gör att obehöriga kan vistas på sjukhusen.
- det finns brister när det gäller processen för hantering av verksamheternas identifierade lokalbehov.
- vårdens krav på de kritiska försörjningssystemen (el, vatten, IT, telefoni, ventilation och medicinska gaser) inte är tydligt beskrivna.
- rekryteringsprocessen när det gäller chefer sker i enlighet med rutinen för chefsrekryteringar inom Region Halland.

Bristerna i skalskyddet framgick redan i uppföljningen av den interna kontrollen i samband med uppföljningsrapport 2. Driftnämnden Hallands sjukhus beslutade då att uppmana regionstyrelsen att ge Regionkontoret i uppdrag att tillsammans med alla berörda

förvaltningar se över hur skalskyddet kan förbättras på sjukhusområdena samt hur ansvaret ska fördelas i framtiden. En regiongemensam arbetsgrupp har därefter på Hallands sjukhus initiativ tagit fram förslag till projektuppdrag vars syfte är att skapa ett beslutsunderlag till ett helhetsgrepp för att samordna stödstruktur och mandat inom säkerhet och robusthet inom regionen.

Genom Driftnämnden Hallands sjukhus beslutade interna kontrollplan för 2021 fortsätter nämnden ha fokus på lokalförsörjning och kritiska försörjningssystem. När driftnämnden behandlade uppföljningen av den interna kontrollplanen för 2020 i samband med uppföljningsrapport 2 beslutade nämnden att förvaltningen ska konkretisera vårdens krav för de verksamhetskritiska försörjningssystemen i samarbete med de förvaltningar i regionen som har expertkompetens inom respektive försörjningssystem. Hallands sjukhus kommer fortsätta att arbeta med förbättringar vad gäller lokalförsörjning såväl som kritiska försörjningssystem utifrån resultatet i den interna kontrollen samtidigt som dessa frågor i hög utsträckning har beroenden av stöd och involvering av andra aktörer inom regionen.

Hallands sjukhus

Carolina Samuelsson
Sjukhuschef

Kontroll inom huvudprocess hälso- och sjukvårdsverksamhet 2020

Risk	Kontrollmoment	Kontrollmetod
Bristande hantering vårdens övergångar	<p>Arbetar verksamheten enligt rutin för uppföljning av vårdprocesser/medicinska processindikatorer som syftar till att förbättra ledtiderna i de standardiserade vårdförloppen för patienter med misstänkt cancer.</p> <p>På grund av den pågående pandemin har internrevisionerna vid Hallands sjukhus ställts in och den angivna kontrollmetoden har ersatts med en enkät till verksamhetscheferna vid Hallands sjukhus. Det har inkommit 17 svar på 22 utskickade enkäter. De 12 verksamhetschefer som har standardiserade vårdförlopp i sin verksamhet instämmer delvis eller i hög grad att de arbetar enligt rutinen för uppföljning av vårdprocesser/medicinska processindikatorer som syftar till att förbättra ledtiderna i de standardiserade vårdförloppen för patienter med misstänkt cancer. Majoriteten av de 12 verksamhetscheferna instämmer i hög grad. Utifrån svaren på enkäten är bedömningen att kontrollmomentet är uppfyllt.</p>	Fråga till de verksamheter där internrevisioner genomförs under 2020 och vars verksamhet ingår i standardiserade vårdförlopp för patienter med misstänkt cancer

Kontroll inom stödprocess verksamhetsmiljö 2020

Risk	Kontrollmoment	Kontrollmetod
Bristande hantering sjukhussäkerhet	Finns brister i skalskyddet som leder till att obehöriga vistas på sjukhusen	Analys av väktarrapporter och avvikelser
	Uppföljningen i samband med uppföljningsrapport 2 visade att det finns brister i skalskyddet som leder till att obehöriga vistas på sjukhusen. Cirka 1 600 rapporteringar i upprättade väktarrapporter och avvikelser hade granskats. Fokus ligger nu på åtgärder för att förbättra skalskyddet. En region-gemensam arbetsgrupp har tagit fram förslag till projekt-uppdrag vars syfte är att skapa ett beslutsunderlag till ett angeläget helhetsgrepp för att samordna stödstruktur och mandat inom säkerhet och robusthet inom regionen. Det finns flera olika delar inom säkerhetsområdet som enskilt behöver utvecklas men framför allt behöver de utvecklas inbördes.	

Kontroll inom stödprocess verksamhetsmiljö 2020

Risk	Kontrollmoment	Kontrollmetod
Bristande hantering behov av lokaler	Fungerar HS process för hantering av verksamheternas identifierade lokalbehov	Fråga till de verksamheter där internrevisioner genomförs under 2020
	<p>På grund av den pågående pandemin har internrevisionerna vid Hallands sjukhus ställts in och den angivna kontrollmetoden har ersatts med en enkät till verksamhetscheferna vid Hallands sjukhus. Det har inkommit 17 svar på 22 utskickade enkäter. Enkätsvaren kommer att tjäna till värdefull utveckling.</p> <p>Sammantaget visar enkäten på brister när det gäller processen för hantering av verksamheternas identifierade lokalbehov. En stor del av bristerna kan kopplas till de omfattande lokalbehoven vid Hallands sjukhus som har funnits länge men vare sig resulterat i återkoppling eller beslut. Det finns en otydlighet i beslutsgången och okunskap i alla led var prioriteringar sker. Oklarheter finns om var och hur prioriteringarna sammanvägs mellan vårdbehovens krav och de fastighetstekniska underhållen. Verksamheten upplever att det tar tid och att det brister i återkopplingen. Det framkommer behov av fortlöpande informationsinsatser för nya chefer, dels om processen och dels om sjukhusets inriktningar. Det framkommer också behov av stöd och rådgivning till chefer på olika nivåer. Det efterfrågas enhälligt en utveckling av process och rutiner. Innebörden av den nyligen beslutade fastighetsprocessen i regionen är inte fullt ut implementerad. Själva förprocessen inom Lednings- och verksamhetsstöd, som verksamheterna kanaliserar sina behov genom, förefaller i huvudsak vara känd. I det fortsatta arbetet är ett bra samarbete mellan Hallands sjukhus och Regionfastigheter av stor vikt.</p>	

Kontroll inom stödprocess verksamhetsmiljö 2020

Risk	Kontrollmoment	Kontrollmetod
Bristande hantering kritiska försörjningssystem (el, vatten, IT, telefoni, ventilation och medicinska gaser)	<p>Om vårdens krav på de kritiska försörjningssystemen är tydligt beskrivna och blir tillgodosedda.</p> <p>Den interna kontrollen i samband med uppföljningsrapport 2 visade att det saknas tydliga beskrivningar om vårdens krav när det gäller alla de aktuella kritiska försörjningssystemen. Likaså saknas en regiongemensam styrning av robusthet eller stöd till övergripande utveckling när det gäller detta. Eftersom det saknas tydliga beskrivningar av kraven på försörjningssystemen går det inte att säga om vårdens krav fullt ut blir tillgodosedda. Det rapporteras årligen om olika former av avvikelser med koppling till försörjningssystemen. Hallands sjukhus har försökt beskriva vårdverksamhetens krav på flera försörjningssystem. För att klara detta behövs emellertid samarbete med experter inom respektive försörjningssystem från andra förvaltningar. När den interna kontrollen beslutades var ambitionen att under 2020 kunna ha kommit längre med kravbeskrivningarna och därmed också kunna uppvisa ett bättre resultat. Pandemisituationen innebar emellertid att arbetet inte kunnat fortskrida som planerat. Baserat på redovisningen till driftnämnden i samband med uppföljning 2 beslutade nämnden att förvaltningen ska konkretisera vårdens krav för de verksamhetskritiska försörjningssystemen i samarbete med de förvaltningar i regionen som har expertkompetens inom de olika försörjningssystemen. Hallands sjukhus har upprättat och fastställt en handlingsplan och har haft möten med samtliga inblandade intressenter enskilt och gemensamt för att visualisera en gemensam målbild som alla har ställt sig bakom. Men man uppger samtidigt behovet av ett regionalt beslut om en sammanhållande ansvarig instans för att bygga upp struktur och mandat. På grund av den stora betydelsen av robust och tillräcklig försörjning av medicinska gaser som blivit mycket ytterligare påtaglig under epidemin har ett regionalt beslut fattats om att inleda ett projekt som hålls ihop av Regionfastigheter där det kommer ingå att beskriva vårdens krav.</p>	Statusbeskrivning för respektive försörjningssystem

Kontroll inom stödprocess medarbetare 2020

Risk	Kontrollmoment	Kontrollmetod
Bristande hantering chefs- och ledarförsörjning	Kontroll att rekryteringsprocessen sker i enlighet med rutinen för chefsrekryteringar inom Region Halland	Stickprov genomförda rekryteringar av chefer under året
	Under året har stickprov gjorts på 12 chefsrekryteringar av 23 avslutade rekryteringar vid undersökningens tidpunkt. Samtliga av dessa rekryteringar har skett i enlighet med rutinen. Rutinen bedöms ändamålsenlig och efterföljs i rekryteringsprocessen av chefer.	

Intern kontrollplan 2020 Driftnämnden Hallands sjukhus

Områden	Risk	Väsentlighet/ konsekvens	Kontrollmoment	Metod	Frekvens	Rapporteras	Ansvarig
Huvudprocess hälso- och sjukvårdsverksamhet	Bristande hantering vårdens övergångar	Främst påverkan på HS huvudprocess	Arbetar verksamheten enligt rutin för uppföljning av vårdprocesser/ medicinska process-indikatorer som syftar till att förbättra ledtiderna i de standardiserade vårdförloppen för patienter med misstänkt cancer	Fråga till de verksamheter där internrevisioner genomförs under 2020 och vars verksamhet ingår i standardiserade vårdförlopp för patienter med misstänkt cancer	2 ggr	Vid UR 2 och årsuppföljning	Chef utvecklingsavdelningen
Stödprocess verksamhetsmiljö	Bristande hantering sjukhussäkerhet	Främst påverkan på HS huvudprocess och stödprocessen medarbetare	Finns brister i skalskyddet som leder till att obehöriga vistas på sjukhusen	Analys av väktar-rapporter och avvikelser	2 ggr	Vid UR 2 och årsuppföljning	Chef MTH
Stödprocess verksamhetsmiljö	Bristande hantering behov av lokaler	Främst påverkan på HS huvudprocess	Fungerar HS process för hantering av verksamheternas identifierade lokalbehov	Fråga till de verksamheter där internrevisioner genomförs under 2020	2 ggr	Vid UR 2 och årsuppföljning	Chef MTH
Stödprocess verksamhetsmiljö	Bristande hantering kritiska försörjnings-system (el, vatten, IT telefoni, ventilation och medicinska gaser)	Främst påverkan på HS huvudprocess	Om vårdens krav på de kritiska försörjnings-systemen är tydligt beskrivna och blir tillgodosedda	Statusbeskrivning för respektive försörjnings-system	2 ggr	Vid UR 2 och årsuppföljning	Chef MTH
Stödprocess medarbetare	Bristande hantering chefs- och ledarförsörjning	Påverkan på HS samtliga processer	Kontroll att rekryteringsprocessen sker i enlighet med rutinen för chefsrekryteringar inom Region Halland	Stickprov genomförda rekryteringar av chefer under året	2 ggr	UR2 och årsuppföljning	HR-chef